

# 内科・小児科 問診票

看護師 記載用  
インフルエンザ ( )  
溶連菌 ( )

外科・整形（切り傷、やけど、打撲等）・耳鼻科・眼科の処置が出来ません。

ご記入日	令和 年 月 日			
フリガナ		生年	S・H・R	年
氏 名		月日	月	日生
		年齢	歳	ヶ月
住 所				
電話番号	自宅・携帯	性別	男・女	
※体温	. °C	体重	. kg	

※体温は必ずご記入ください。記入がされていない場合、診察の順番が遅れることがありますので、予めご了承ください。ご自宅で体温をお計りでない方は、内科・小児科窓口にて体温計をお貸ししておりますので、そちらでお測りください。

① 本日受診をされたのは、どんな理由ですか？また、その症状はいつからですか？

## ※発熱の方 発熱はいつからですか？

② 次の項目について、どちらかに○をつけてください。（成人の方も記入して下さい）

- ① 機 嫌： 良い ・ 悪い                      ② 食 欲： ある ・ なし  
③ 便 通： 普通 ・ 下痢 ・ 便秘              ④ 吐き気、嘔吐： ある ・ なし  
⑤ 睡 眠： 普通 ・ 眠れない                ⑥ 排 尿： 普通 ・ 出ない ・ 多い  
⑦ 咳   ： ある ・ なし

③ 薬または食物のアレルギーはありますか？ 薬（ある・なし）食べ物（ある・なし）

あるとお答えの方へ

その薬品または食物名

その症状（できるだけ具体的に）

④ 4週間以内に何か予防接種を受けましたか？ はい ・ いいえ

⑤ 既往症（今までにかかった大きな病気があればご記入ください。）

⑥ かかりつけの医療機関はどちらですか？

⑦ 現在服用（使用）している薬はありますか？ ある ・ なし

お薬名：